

Xin chào,

Với sứ mệnh và giá trị đã đề ra, Bệnh viện Phục hồi chức năng Thái Bình Dương (Rehabilitation Hospital of the Pacific – REHAB) cam kết cung cấp hỗ trợ tài chính cho những bệnh nhân cần phải sử dụng dịch vụ y khoa phục hồi chức năng nhưng không thể chi trả dựa trên tình hình kinh tế hiện tại của họ. Chương trình hỗ trợ tài chính của chúng tôi cho phép những bệnh nhân không có bảo hiểm hoặc bảo hiểm dưới mức đáp ứng những yêu cầu để nhận hỗ trợ tài chính nhằm mục đích chi trả cho những dịch vụ chăm sóc y tế cần thiết đủ điều kiện.

Chương trình hỗ trợ tài chính của REHAB chỉ áp dụng cho những dịch vụ đủ điều kiện được mô tả trong Chính sách hỗ trợ tài chính (FAP) của chúng tôi. Những dịch vụ do những người cung cấp không trực thuộc REHAB thực hiện ở những địa điểm của REHAB không được chi trả theo chương trình FAP của chúng tôi và sẽ được tính tiền riêng.

Để hội đủ điều kiện, bạn phải là công dân Hoa Kỳ hoặc người nước ngoài cư trú hợp pháp lâu dài ở Hawaii. REHAB sẽ xét duyệt tài sản và thu nhập gia đình của bạn để xác định có đáp ứng được hướng dẫn chính sách để hỗ trợ tài chính hay không. Nếu thỏa mãn, hóa đơn REHAB của bạn sẽ được miễn giảm. Số tiền miễn giảm thực sẽ tùy vào thu nhập gia đình của bạn.

Để đăng ký, vui lòng hoàn thành đầy đủ Đơn đăng ký hỗ trợ tài chính. Bạn phải đính kèm những giấy tờ gần đây nhất cùng với đơn đăng ký để cung cấp những phản hồi cho bạn. **Hỗ trợ tài chính – Danh sách giấy tờ cần có** (đính kèm) nêu chi tiết những thông tin được yêu cầu.

Những thông tin bạn chia sẻ với chúng tôi chỉ được sử dụng để đăng ký. Những thông tin này sẽ được xem là thông tin mật.

Vui lòng nộp đơn đăng ký đã hoàn thành và bản sao những giấy tờ liên quan đến bộ phận Dịch vụ Tài chính Bệnh nhân ở tầng một bệnh viện REHAB hoặc gửi thư đến:

Bệnh viện Phục hồi chức năng Thái Bình Dương
ATTN: Dịch vụ Tài chính Bệnh nhân
226 North Kuakini Street
Honolulu, HI 96817

Nếu bạn có bất kỳ thắc mắc nào, vui lòng liên hệ Dịch vụ Tài chính Bệnh nhân của REHAB theo số (808) 544-3340.

Hỗ trợ tài chính – Danh sách giấy tờ cần có

Khi nộp đơn đăng ký, vui lòng đính kèm bản sao của những giấy tờ bắt buộc sau để hỗ trợ Đơn đăng ký hỗ trợ tài chính của bạn:

- Bằng lái xe, giấy khai sinh và/ hoặc thẻ căn cước có ảnh khác hoặc thẻ thường trú nhân;
- Bản kê khai hoàn thuế thu nhập của bang và liên bang gần đây nhất
- Những giấy tờ phản ánh thu nhập gia đình của bạn, bao gồm:
 - Phiếu lương hoặc đơn W-2
 - Báo cáo an sinh xã hội hoặc thư tặng thưởng
 - Tài liệu cho thấy tiền trợ cấp công cộng hoặc thư tặng thưởng
 - Quyết định của thư Tình trạng bảo hiểm hoặc trợ cấp thất nghiệp
 - Chứng từ đóng tiền bảo hiểm lao động
 - Báo cáo hằng tháng về lương hưu/ phúc lợi hưu trí
 - Báo cáo hằng tháng về trợ cấp cựu chiến binh
 - Chứng từ gửi tiền cấp dưỡng cho vợ hoặc trợ cấp con cái
 - Báo cáo hằng tháng về thu nhập cho thuê nhà
- Những báo cáo gần nhất từ những bệnh viện, bác sĩ, phòng xét nghiệm khác, v.v. cho thấy số tiền nợ trên hóa đơn y tế gia đình
- Tài liệu chứng minh tài sản lưu động của gia đình bao gồm:
 - Báo cáo hằng tháng từ các tổ chức tài chính cho thấy số dư, thu nhập lãi suất và cổ tức
 - Tài liệu chứng minh những tài sản lưu động khác của gia đình
- Đơn đăng ký Medicaid đã nộp từ tiểu bang Hawaii và thư chấp thuận/ từ chối

Nếu không có những giấy tờ trên, vui lòng cung cấp một thư giải trình lý do tại sao bạn không thể cung cấp những giấy tờ đó cùng với đơn đăng ký hoàn chỉnh của bạn.

THÔNG TIN BỆNH NHÂN			
Tên bệnh nhân:	Số an sinh xã hội:	Ngày sinh:	Số nhà bệnh nhân/ người bảo lãnh:
Tên người bảo lãnh:	Số an sinh xã hội:	Ngày sinh:	SĐT di động bệnh nhân/ người bảo lãnh:
Địa chỉ tạm trú của bệnh nhân/ người bảo lãnh:		Công dân Hoa Kỳ: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Email bệnh nhân/ người bảo lãnh:
THÀNH VIÊN TRONG HỘ GIA ĐÌNH			
Tên:	Mối quan hệ:	Ngày sinh:	Số an sinh xã hội:
Tên:	Mối quan hệ:	Ngày sinh:	Số an sinh xã hội:
Tên:	Mối quan hệ:	Ngày sinh:	Số an sinh xã hội:
Tên:	Mối quan hệ:	Ngày sinh:	Số an sinh xã hội:
THÔNG TIN CÔNG VIỆC			
Người chủ và địa chỉ tạm trú bệnh nhân/ người bảo lãnh:			Chức vụ:
Vợ/ chồng của người chủ và địa chỉ tạm trú:			Chức vụ:
TÀI SẢN LƯU ĐỘNG CỦA GIA ĐÌNH: <i>Liệt kê tổng tài sản lưu động của tất cả thành viên trong gia đình (Phải đính kèm bản sao của các giấy tờ liên quan)</i>			
Tài khoản giao dịch ngân hàng/ liên minh tín dụng: \$	Tài khoản tiết kiệm ngân hàng/ liên minh tín dụng: \$	Tài khoản thị trường tiền tệ: \$	Tiền mặt: \$
Đầu tư (cổ phiếu/ trái phiếu): \$	Khác (ghi rõ): \$	Khác (ghi rõ): \$	Khác (ghi rõ): \$
THU NHẬP GIA ĐÌNH: <i>Liệt kê tổng thu nhập của tất cả thành viên trong gia đình (Phải đính kèm bản sao của các giấy tờ liên quan)</i>			
Tiền lương: \$	An sinh xã hội: \$	Trợ cấp công cộng/ thất nghiệp: \$	Bảo hiểm lao động: \$
Lương hưu/ trợ cấp hưu trí: \$	Tiền cho thuê nhà: \$	Tiền cấp dưỡng cho vợ/ trợ cấp con cái: \$	Trợ cấp cựu chiến binh: \$
Khác (ghi rõ): \$			
CHI PHÍ Y TẾ CỦA GIA ĐÌNH: <i>Liệt kê tổng chi phí y tế của tất cả thành viên trong gia đình (Phải đính kèm bản sao của các giấy tờ liên quan)</i>			
Người cung cấp (bệnh viện/ bác sĩ/ phòng xét nghiệm):	Số tiền nợ: \$	Loại hình dịch vụ:	Tháng/ năm cung cấp dịch vụ:
Người cung cấp (bệnh viện/ bác sĩ/ phòng xét nghiệm):	Số tiền nợ: \$	Loại hình dịch vụ:	Tháng/ năm cung cấp dịch vụ:
Người cung cấp (bệnh viện/ bác sĩ/ phòng xét nghiệm):	Số tiền nợ: \$	Loại hình dịch vụ:	Tháng/ năm cung cấp dịch vụ:
THÔNG TIN THÊM			
Bạn có đăng ký Medicaid hoặc những chương trình tài chính khác hay không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu CÓ, ghi rõ ngày đăng ký: _____			
Ghi rõ kết quả của lần đăng ký đó: _____			
Có bất kỳ vụ kiện, bồi thường, tiền nợ, tiền trợ cấp nào liên quan đến dịch vụ của bạn ở REHAB hay không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			
Mô tả: _____			

CAM KẾT CỦA NGƯỜI ĐĂNG KÝ: Tôi xác nhận rằng những thông tin trên là đúng và chính xác theo như tôi được biết. Tôi cũng hiểu rằng REHAB có thể xác nhận lại bất kỳ hoặc tất cả những thông tin đã được cung cấp. Nếu có bất kỳ thông tin nào sai lệch, tôi hiểu rằng tôi sẽ không hội đủ điều kiện hỗ trợ tài chính ở REHAB và tôi có trách nhiệm thanh toán cho những dịch vụ đã được cung cấp.

Tôi đồng ý hoàn toàn hợp tác với REHAB bằng cách đăng ký bất kỳ hỗ trợ tài chính nào (bao gồm đăng ký Medicaid/ Quest) để thanh toán số tiền ở REHAB. Tôi hiểu rằng tất cả những bảo hiểm và những nguồn thanh toán từ bên thứ ba khác phải được tính vào số tiền trước khi đăng ký hỗ trợ tài chính. Tôi sẽ giao cho hoặc thanh toán cho REHAB bất kỳ khoản nào liên quan đến những số tiền trên từ bất kỳ nguồn nào, chẳng hạn như tiền bồi thường, phân xử hoặc bảo hiểm.

Tôi hiểu rằng sự hỗ trợ này chỉ chi trả cho những dịch vụ y tế cần thiết hội đủ điều kiện do REHAB cung cấp. Hơn nữa, tôi hiểu rằng REHAB có thể hủy bỏ việc hỗ trợ tài chính của tôi vào bất kỳ thời điểm nào vì bất kỳ lý do gì.

Tên (viết in hoa): _____ Chữ ký: _____ Ngày đăng ký: _____ Quan hệ với bệnh nhân: _____